

# NEPROSTOVOLJNA HOSPITALIZACIJA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI - SITUACIJA V AVSTRIJI

**Egon Michael Haberfellner**

Po več kot desetletnih razpravah je bil leta 1991 v Avstriji sprejet tako imenovani Zakon o namestitvi (Unterbringungsgesetz), ki predstavlja zakonsko osnovo za neprostoVOLJNI sprejem na psihiatrični oddelek. Poleg neprostoVOLjnega bivanja na oddelku ureja ta zakon vse oblike omejevanja svobode psihiatričnih bolnikov kot izolacija v prostoru, fiksiranje (s tem je mišljena pritrditev s pasovi na posteljo) in tudi dajanje zdravil proti volji bolnika.

Pojem "namestitev" (Unterbringung) je nekoliko nesrečno izbran, ker v običajni jezikovni rabi pomeni skrbniški ukrep; v psihiatriji pa so po letu 1991 vsi prisilni ukrepi opredeljeni z zakonom o namestitvi.

## ***Bistvene določbe zakona so naslednje:***

1. Na psihiatrični oddelek je bolnika proti njegovi volji mogoče sprejeti samo takrat, kadar je duševno bolan in je s tem njegovo življenje ali zdravje resno in pomembno ogroženo, oziroma je resno in pomembno ogroženo življenje ali zdravje drugih. Bistveno spremembo nasproti prejšnji situaciji, ko je bilo v primeru ogrožanja sebe ali drugih predvidena možnost neprostoVOLjnega zdravljenja, predstavlja dodatek, da mora biti ogrožanje resno in pomembno. Potreba po zdravljenju sama na sebi ni več zadosten razlog za neprostoVOLjno hospitalizacijo oziroma zdravljenje.

2. Nadalje je prisilna hospitalizacija dovoljena samo takrat, kadar druge (izvenbolnišnične) oblike zdravljenja niso izvedljive.

3. Pred sprejemom morata bolnika pregledati dva specialista psihiatra; mnenje sta dolžna podati neodvisno drug od drugega. Če je eden od specialistov mnenja, da ni zadostne osnove za pridržanje proti volji, le-to ni dopustno.

4. Zakon o namestitvi uvaja v psihiatrične bolnišnice nov poklic, namreč bolniškega zagovornika, ki zastopa bolnike v smislu uresničevanja

njihovih pravic. Ti bolniški zagovorniki sicer delujejo v psihiatričnih bolnišnicah, zaposleni pa so pri neodvisni organizaciji z imenom "Zveza za odvetništvo in bolniško zagovorništvo". Po izobrazbi so ti bolniški zagovorniki večinoma socialni delavci ali pravniki, pa tudi psihologi. V Avstriji je bilo v letu 1993 zaposlenih 31 bolniških zagovornikov, v gornjeavstrijski deželni kliniki za živčne bolezni z 800 psihiatričnimi posteljami delujejo trenutno štirje.

5. O neprostovoljnem sprejemu bolnika je potrebno takoj obvestiti pristojno sodišče in bolniškega zagovornika. Najkasneje v štirih dneh po sprejemu je opravljeno tako imenovano "prvo zaslišanje", pri katerem mora sodnik odločiti o dopustnosti pridržanja. Poleg sodnika in bolnika sta pri zaslišanju udeležena tudi bolniški zagovornik in psihiater, v čigar pristojnosti je zdravljenje. Štirinajst dni po prvem zaslišanju je potrebno na osnovi mnenja psihiatra, ki ni zaposlen v bolnišnici, ponovno presoditi o dopustnosti prisilnih ukrepov. Ta odločitev velja za določeno časovno obdobje (največkrat za dva ali tri tedne), vendar najdlje za tri mesece.

6. Kadar je pacient opravilno sposoben in je podano resno in pomembno ogrožanje, je možen tudi prostovoljni sprejem na zaprti oddelek. Bolnik mora takšno željo izraziti pismeno. Tudi v tem primeru morata dva specialista odločiti, ali obstaja osnova za sprejem na zaprti oddelek; obvestilo sodišču pa ni potrebno.

7. Bolniki na zaprtih oddelkih imajo pravico telefonirati, pisati in prejemati pisma in sprejemati obiske. Zaprti oddelki morajo biti oblikovani tako, da je možno gibanje v več prostorih.

8. Kadar so podani kriteriji resnega in pomembnega ogrožanja sebe ali drugih, lahko bolnika proti njegovi volji napoti v psihiatrično bolnišnico le uradni zdravnik (Amtsarzt). Ti uradni zdravniki so praviloma splošni zdravniki, zaposleni pri občinah. Samo v izjemnih primerih, ko uradni zdravnik ni dosegljiv (kar se pravzaprav ne bi smelo zgoditi) ali kadar je zaradi nevarnosti situacije potrebno takojšnje ukrepanje, sme policija sama bolnika pripeljati v psihiatrično bolnišnico.

## **UČINKI ZAKONA O NAMESTITVI NA NEKATERE DIAGNOSTIČNE SKUPINE**

Duševne manjrazvitosti zakonodajalec ne obravnava v smislu duševne bolezni. Prisilna obravnava je zato dovoljena samo v primeru, ko se ob duševni manjrazvitosti pojavljajo tudi depresivni ali shizofreni

simptomi. Psihiatrično diagnozo je ob težji manjrazvitosti težko ali nemogoče postaviti, če je bolnikova sposobnost verbalnega izražanja šibka. Zaenkrat ni ustreznih odredb, ki bi omogočale alternativno obravnavo; tako pogosto ni druge možnosti kot obravnavati avto ali heteroagresivne duševno manjrazvite bolnike v psihiatričnem okolju.

Pri osebnostnih in nevrotičnih motnjah veljajo s pravnega stališča enake omejitve kot pri duševni manjrazvitosti, predvsem so pacienti s takimi motnjami sprejeti proti volji le v primeru, če se pri njih pojavijo dodatne psihične motnje, ki opravičujejo prisilno hospitalizacijo na zaprtem oddelku.

Bolniki s shizofrenijo in njihovi svojci so gotovo tisti, ki jih spremembe zakona o namestitvi najbolj zadevajo; bolniki s shizofrenijo so zaradi dezorganiziranega ali agresivnega vedenja pogostejše kot drugi duševni bolniki obravnavani proti svoji volji. Obravnavanje teh bolnikov je postalo težje iz dveh razlogov:

1. Depo nevroleptike je mogoče proti bolnikovi volji uporabiti le s privolitvijo sodišča.

2. Takoj, ko se psihično stanje bolnika pod vplivom zdravljenja nekoliko izboljša, je potrebno prekiniti hospitalizacijo na zaprtem oddelku; bolnikova motivacija pa pogosto še ne zadošča za prostovoljno zdravljenje. Posledica je lahko prekinitev zdravljenja, opustitev jemanja zdravil in ponovitev bolezni po nekaj dneh ali tednih. V vsakdanjem kliničnem delu se pojavlja vtis, da je za številne bolnike s težjo obliko shizofrenije takoimenovana "psihiatrija vrtečih vrat" danes realnost še bolj kot prej; za številne svojce duševnih bolnikov predstavlja frustracijo življenje ob bolnikih v kronično psihotičnem stanju ali s pogostimi ponovitvami bolezni.

Problematika pri obravnavi maničnih bolnikov je zelo podobna tisti, ki je opisana pri bolnikih s shizofrenijo. Sprejem proti volji je mogoč samo v primeru agresivnega ali močno dezorganiziranega vedenja. Moteče vedenje ali nesmiselno porabljanje denarja ne opravičuje sprejema proti volji bolnika - zato je praktično nemogoče preprečiti takšne posledice manične faze.

Tretja skupina bolnikov, za katere je zakon o namestitvi prinesel pomembne spremembe, so odvisni od alkohola in drog. Bolnike v stanju intoksikacije ali delirija je mogoče in potrebno zaradi ogrožanja lastne osebe sprejeti na zaprti oddelek. Takoj ko akutno stanje izzveni, pa bolnika ni več mogoče zadržati na zaprtem oddelku - razen v primeru sindroma demence ali amnestičnega psihosindroma. Pred uvedbo novega zakona je imel zdravnik vendarle še nekaj dni časa, da je motiviral bolnika

za nadaljnje zdravljenje.

Depresivni bolniki so bili še pred uveljavitvijo novega zakona prisilno obravnavani le v primeru izrazite samomorilne ogroženosti. Pri tej skupini bolnikov novi zakon ne prinaša bistvenih sprememb.

Precejšnje težave so se pojavile na gerontopsihiatričnih oddelkih, saj le-ti ne smejo biti več zaprti. Tiste bolnike s težkimi oblikami demenc, ki poskušajo v stanju zmedenosti zapustiti geriatrični oddelek, je potrebno premestiti na običajni (splošno psihiatrični) zaprti oddelek. Tako se lahko zgodi, da bolniki s težkimi oblikami demence - predvsem tisti, ki so še v dobrem telesnem stanju in zato mobilni - ne morejo uporabljati specializirane gerontopsihiatrične ponudbe.

Drug učinek zakona o namestitvi na geriatrične oddelke izhaja iz izključitve vseh načinov mehaničnega omejevanja. Bolnike s hemiparezo je bilo prej mogoče - kadar sami niso mogli sedeti - z rjuho fiksirati na stol in s tem preprečiti padeč. Takšen ukrep je potrebno sedaj prijaviti sodišču - zapravljanje, ki se v praksi komaj kje pojavi.

## **STATISTIČNI PODATKI O NEPROSTVOLJNI HOSPITALIZACIJI V AVSTRIJI**

Število neprostovoljnih sprejemov v psihiatrične bolnišnice se je v zadnjih sedemdesetih letih postopoma zmanjšalo, tako v absolutnem merilu (tab. 1) kot v številu sprejemov na 100 000 prebivalcev (tab. 2). Tudi po sprejemu novega zakona v letu 1991 se je ta razvoj nadaljeval. Vsekakor pa so razlike med različnimi zveznimi deželami in med psihiatričnimi bolnišnicami velikanske. Medtem ko se je v Salzburgu (S) število neprostovoljnih hospitalizacij skoraj podvojilo, se je na Štajerskem (St) razpolovilo (tab. 2). V celotni Avstriji je bilo v letu 1992 94 neprostovoljnih sprejemov na 100 000 prebivalcev; v absolutnem merilu je bilo 7 335 bolnikov sprejetih ali zdravljenih proti volji, kar predstavlja 15% vseh sprejetih psihiatričnih pacientov. Nadaljnja 2% bolnikov sta bila na lastno željo obravnavana na zaprtih oddelkih. Vendar pa se tudi ti odstotki od bolnišnice do bolnišnice res razlikujejo (od 0 do 35%). Te razlike je mogoče pojasniti na več načinov. Če izjahamo iz domneve, da je stopnja agresivnosti ali tveganje za samomor v regijah dolgoročno stabilno, je potrebno iskati razloge zlasti v posebnostih organizacije psihiatrične službe:

- razvitost ambulantne psihiatrične dejavnosti je po različnih

območjih različna,

- mehanizmi selekcije (npr. univerzitetna klinika) lahko vplivajo na bližnjo psihiatrično bolnišnico, ki je dolžna sprejemati bolnike,
- strukture znotraj psihiatričnih bolnišnic niso primerljive; bolnišnice z zadostnim številom osebja tako zaprta vrata oddelkov lahko nadomestijo z boljšo oskrbo.

## MNENJA PSIHATROV O ZAKONU O NAMESTITVI

Pred kratkim sta dva kolega z Deželne klinike za živčne bolezni Wagner-Jauregg v Linzu poskušala ugotoviti mnenja specialistov in specializantov psihiatrije o zakonu o namestitvi. Razdeljenih in izpolnjenih je bilo 26 vprašalnikov.

Od vprašanih kolegov jih je le 35% menilo, da zakon prinaša prednosti nekaterim skupinam bolnikov, medtem ko jih je 85% smatralo, da ima zakon škodljive učinke. Število tako imenovanih "psihično abnormnih kršilcev zakona", ki so bili obsojeni zaradi kaznivih dejanj v stanju neprištevnosti, je po mnenju večine vprašanih (in tudi dejansko) poraslo. Nadalje je pretežna večina kolegov nezadovoljna z učinkom postopka (v katerem ima psihiater nalogo, dokazati potrebo po neprostovoljnem sprejemu) na odnos zdravnik-bolnik. Povsem neodvisno od odnosa zdravnik-bolnik pa skoraj 90% kolegov smatra, da je zakon s terapevtskega stališča škodljiv. Bistven vzrok za negativno vrednotenje je gotovo izredno velika poraba časa na prvih zaslišanjih in na kasnejših obravnavah, ki pri večini kolegov znaša od dve do šest ur tedensko, v posameznih primerih pa še več.

Neodvisno od kritike zakona o namestitvi, ki jo izražajo psihiatri, poročajo vprašani kolegi tudi o negativnih mnenjih s strani svojcev duševnih bolnikov.

V zaključku so povzeti bistveni argumenti za zakon o namestitvi in proti njemu.

### *Proti:*

- zakon je bil sprejet približno dvajset let prepozno in je v letu 1991 lahko le še nekoliko pospešil že potekajočo reformo,
- zadoščalo bi ENO mnenje zdravnika specialista glede neprostovoljnega sprejema,

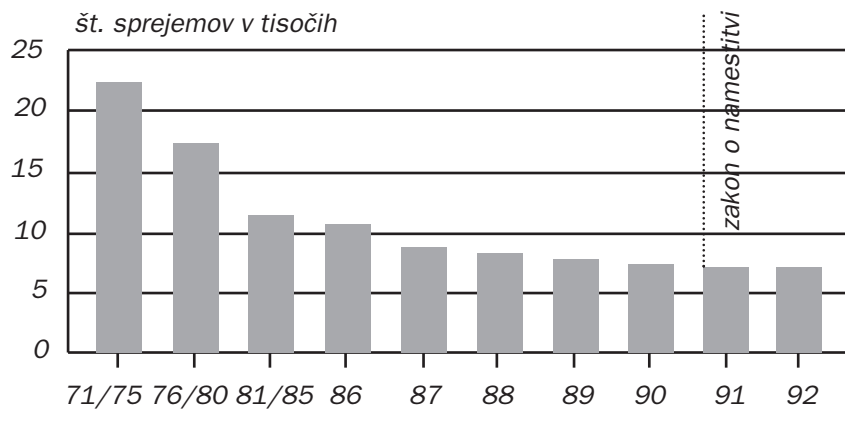
- vloga lečečega psihiatra v postopku namestive obremenjuje odnos bolnik-zdravnik,
- čas, ki ga mora psihiater porabiti v pravnem postopku, bi lahko bil bolje uporabljen,
- številnih težavnih pacientov ni več mogoče ustrezno obravnavati; le-ti bodisi obremenjujejo svojece ali pa so v nevarnosti, da se zanemarijo ali zadejo v kriminal.

Za:

- zakon je pospešil odpiranje psihiatrije
- dejavnost bolniških zagovornikov pomaga psihično bolnim pri uresničevanju njihovih pravic,
- pravna situacija neprostovoljnega sprejema v bolnišnico in neprostovoljne obravnave je jasnejša,
- včasih je lahko prijetno deliti s sodnikom odgovornost za težavne odločitve.

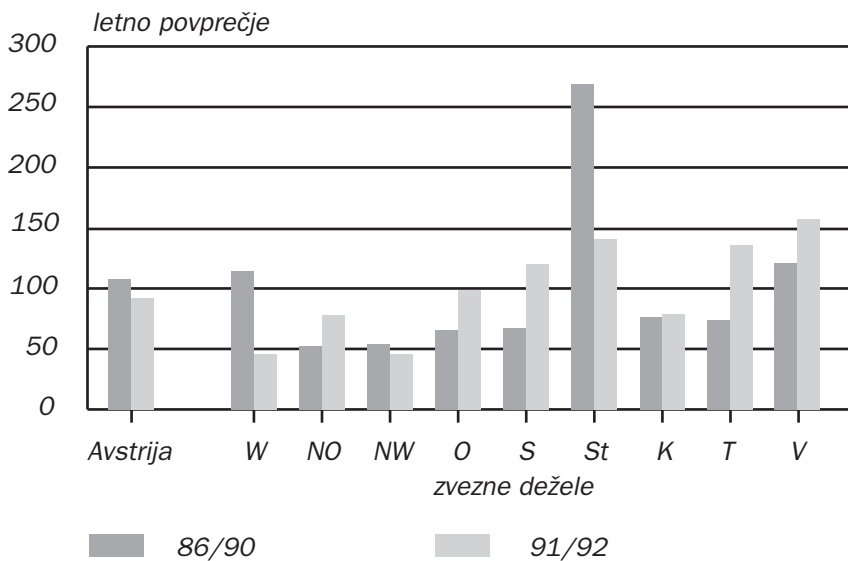
## PRILOGA

**Tabela 1:**



Spremembe števila neprostovoljnih sprejemov v letih 1971-1992  
(absolutno število)

**Tabela 2:**



Število neprostoVOLjnih sprejemov na 100.000 prebivalcev po zveznih deželah